

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

564
N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

PAR

Jean LECLER

Né à Angoulême, le 26 janvier 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ETATS DÉLIRANTS

AU COURS DU PALUDISME

(MACÉDOINE, 1916-1918)

Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

564

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean LECLER

Né à Angoulême, le 26 janvier 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ETATS DÉLIRANTS

AU COURS DU PALUDISME

(MACÉDOINE, 1916-1918)



Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU
	BAR
Clinique gynécologique.	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile	BRINDEAU
Clinique thérapeutique.	J.-L. FAURE
Clinique oto-rhino-laryngologique.	A. BROCA
	ALBERT ROBIN
	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
AGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON CHER PÈRE

ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ACHARD

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

M. P.-E. LANNOIS

In memoriam

M. le Professeur GAUCHER

In memoriam

A M. le Dr RUOTTE

Médecin-inspecteur de l'armée

Directeur du Service de Santé des troupes

d'occupation au Maroc

Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉTATS DÉLIRANTS
AU COURS DU PALUDISME
(MACÉDOINE, 1916-1918)

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été suggérée par un séjour de plus de deux ans à l'armée d'Orient, séjour au cours duquel nous avons eu à soigner un grand nombre de paludéens, notamment pendant nos fonctions de médecin-traitant à l'hôpital temporaire 5 à Salonique, de juillet 1916 à janvier 1918.

Nous avons eu en effet occasion de constater qu'un certain nombre de ces malades présentaient des états délirants que l'on pouvait assez nettement rattacher à leur intoxication par les hématozoaires, et nous avons pu recueillir quelques observations en ce sens.

Nous nous proposons donc, en faisant de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale, d'examiner rapidement les difficultés qui se présentent en présence des délires au cours du paludisme, et de nous demander quelles conclusions il est possible de tirer

de nos observations au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Les psychoses dues au paludisme, dont l'existence fut posée et résolue par l'affirmative par M. le professeur Régis, et sur lesquelles M. le professeur Le Dantec attirait également l'attention dès 1911 dans son *Traité de Pathologie exotique*, ont déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux.

Mais les observations basant ces travaux ont porté surtout sur le paludisme colonial, et le paludisme de Macédoine n'a encore été que peu examiné à ce point de vue. La question nous semble avoir pris actuellement un intérêt d'autant plus grand, même et surtout pour les médecins non spécialisés en psychiâtrie, que le nombre des malades souffrant d'une intoxication par les hématozoaires et résidant en France a augmenté du fait de la guerre dans de très fortes proportions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle, résumée)

Paludisme de première invasion. — Confusion mentale aiguë avec hallucinations

N... V., vingt-cinq ans, infirmier annamite, hôpital temporaire 5, à Salonique.

Entre le 6 août 1916, deuxième division, salle 12, pour embarras gastrique.

Antécédents personnels. — Variole ; ignore tout accès palustre antérieur ; prenait régulièrement 0 gr. 50 de quinine préventive par jour.

Examen. — Anémie et amaigrissement, langue saburrale ; constipation. Foie normal, rate non perceptible à la palpation. Température rectale 37°5.

Dans l'après-midi du 6 août, le malade fait un accès palustre typique (grand frisson, température rectale 39°8 pendant trois heures, puis apparition de sueurs très abondantes) ; région splénique douloureuse ; céphalée très vive. Injection intramusculaire de quinine (1 gramme). Compresses froides sur la tête.

Pendant la période de chaleur, délire se manifestant par un bavardage continu et des gestes incohérents ou semblant en rapport avec des hallucinations visuelles (le malade

désigne de la main le plafond de la tente et semble effrayé) ; l'interprète indigène ne peut le comprendre. Le délire diminue rapidement au moment de la sudation ; puis abattement et somnolence.

Insomnie dans la nuit.

Le 7 août, céphalée toujours marquée. Le malade ne se souvient pas avoir déliré ; température rectale 37°2. Quinine par la voie buccale (1 gramme). Examen du sang : présence d'hématozoaires (*Plasmodium vivax*).

Le 8 août dans l'après-midi, répétition de l'accès du 6, et répétition du délire sous la même forme, mais beaucoup moins accentué. Quinine intramusculaire (1 gramme).

Rien à signaler les jours suivants. Le malade a fait de nouveau accès palustres, avec examen du sang positif, mais n'a jamais présenté de délire.

OBSERVATION II (résumée)

(Communiquée par M. le Dr Alamartine, chirurgien
des Hôpitaux de Lyon.)

Paludisme et traumatisme. — Délire d'accès avec hallucinations

S... Paul, trente-cinq ans, N° régiment d'infanterie.

Entre le 4 juillet 1916 à l'hôpital 5 à Salonique pour blessure en sêton de la jambe gauche, non infectée.

En Orient depuis six mois. Rien à signaler dans les antécédents, sinon des accès de fièvre depuis deux mois (l'examen du sang ne fut pas fait). Ne prenait pas de quinine préventive. Pas de signes évidents d'éthylisme.

Plaie régulière ne présentant rien de spécial. Injection de sérum antitétanique pratiquée à l'hôpital de Florina le 2.

Les 5-6-7 juillet, rien à signaler ; évolution régulière de la plaie, température normale.

Le 8 juillet à 3 heures, accès brusque de fièvre à 40 degrés, s'accompagnant d'un délire violent de parole et d'action. Facies vultueux et congestionné. Le blessé se croit au combat, appelle des camarades imaginaires, cherche à enlever son pansement et à descendre de son lit. Appelé fortement par son nom, il interrompt pour une minute ses divagations, puis retombe dans son délire. Ce délire dure jusqu'à 5 heures avec une égale intensité, diminue avec l'apparition de sueurs, mais ne cesse complètement que vers minuit. (A 5 heures, 1 gramme de quinine en solution ; prise de sang pour examen.)

Le 9 juillet, température rectale 38°5 ; rien à signaler du côté de la plaie. Le blessé semble au point de vue mental entièrement normal. Il se plaint d'avoir mal dormi et d'être brisé, mais ne se souvient pas d'avoir déliré. Examen du sang : présence d'hématozoaires, leucocytes mélanifères. Quinine intra-musculaire, 2 grammes.

Evacuation sur la base le 15 juillet et rapatriement pour convalescence.

OBSERVATION III (personnelle)

Paludisme chronique. — Délire nocturne d'accès périodique, à forme onirique. — Somnambulisme

S... Your, trente-trois ans, né à Belgrade, employé de commerce, sous-officier à l'état-major du G. Q. G. serbe,

Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital temporaire 5 à Salonique en août 1916, pour une tuberculose du sommet pulmonaire gauche du premier degré en voie d'évolution, avec examen des crachats négatif à deux reprises, et gardé pour remplir les fonctions d'interprète après quelques semaines de repos et de suralimentation.

Malade intelligent et de très bonne instruction générale, parlant quatre langues, susceptible de s'analyser lui-même ; sans antécédents héréditaires et sans antécédents nerveux personnels, il souffre en dehors de sa lésion bacillaire, d'accès de fièvre tous les deux ou trois mois depuis l'âge de vingt-cinq ans, accès durant quelques jours sans l'obliger à interrompre ses occupations, et pour lesquels il n'a jamais fait aucun traitement. Depuis le début de 1916, il prend régulièrement 0 gr. 50 de quinine par jour ; il n'a jamais fait de température depuis son entrée à l'hôpital ; aucun stigmate névropathique ; pas de trace de syphilis ; pas de suspicion d'éthylisme.

Le 6 octobre 1916, au cours de la contre-visite à laquelle il assiste comme interprète, nous constatons que S... a l'air fatigué et nous lui en faisons la remarque ; il nous répond qu'« il dort mal et qu'il souffre de la tête depuis deux ou trois jours ». Nous l'examinons de suite : température 38 degrés ; langue saburrale, rate perceptible, avec région splénique légèrement douloureuse ; prise d'une lame pour examen du sang ; nous prescrivons du repos et 1 gramme de quinine en solution par la bouche, plus 0 gr. 50 d'aspirine, car notre impression clinique est que S... fait un accès palustre fruste, sans réaction générale marquée, comme nous en avons vu si souvent. La confirmation du diagnostic nous est donnée de

suite au laboratoire de l'hôpital, où nous constatons la présence sur les lames de nombreux corps en rosace à petites spores, avec globules rouges parasités augmentés de volume et pâles, sans pigmentation mélanique, laissant apparaître des granulations de Schüffner après coloration par le Giemsa. Il s'agit donc de *Plasmodium vivax*, par conséquent de fièvre à type tierce simple.

Le même jour (6 octobre), faisant le soir à 11 heures une ronde dans les baraques de notre service, nous remarquons de la lumière et entendons parler dans la chambre occupée par S... Nous trouvons ce dernier en plein délire de parole et d'action.

Il est debout et tout habillé, les yeux grands ouverts, ne nous reconnaît pas, et continue sans s'interrompre une conversation animée avec des interlocuteurs imaginaires ; nous disons *des* et non *un* interlocuteur, car cette conversation se poursuit tantôt en anglais, tantôt en français ou en serbe, et le ton change avec la langue employée, prenant une expression de déférence respectueuse quand il s'agit du serbe.

Le délire roule autour de trois noyaux d'idées différentes qui ne semblent pas confondues entre elles : en français, il s'agit d'un voyage de Marseille à Bordeaux (que le malade a fait en réalité il y a huit ans), avec des préoccupations sur le prix du voyage, les heures de départ, etc., après un temps d'arrêt très court, le délire reprend en serbe, avec une attitude générale toute différente, et sur le ton respectueux mentionné plus haut ; il s'agit encore d'un voyage, pour lequel le malade semble recevoir des ordres de son interlocuteur supposé qui serait son supérieur, presque sans tran-

sition, il continue en anglais, cherchant ses mots plus difficilement, et s'excusant avec un air d'embarras de sa mauvaise prononciation ; les idées sont alors beaucoup plus mobiles et plus vagues ; il est question de la guerre, des ressources financières des Alliés, et d'une femme bulgare nommée Maria.

Les idées délirantes ne sont ni franchement absurdes, ni très incohérentes.

La mémoire paraît exaltée ; le malade évoque à plusieurs reprises des faits exacts relatifs à son passé.

Il y a évidemment des hallucinations auditives, vraisemblablement aussi visuelles. Le malade est absorbé par ces hallucinations ; notre présence ne les modifie pas et n'amène pas d'illusions ni d'interprétations délirantes. Ces hallucinations n'ont à aucun moment un caractère effrayant, ni même pénible ; une partie d'entre elles roule sur des sujets professionnels.

Pas d'anxiété nette ; pas de signes d'obsession.

L'excitation intellectuelle de S..., s'accompagne d'excitation motrice : il se promène dans la chambre, d'un pas rapide et égal, avec de courts arrêts pendant lesquels il semble prêter l'oreille ; les gestes des bras et des mains sont fréquents, non désordonnés, n'ayant aucun caractère de défense ; ce sont, un peu exagérés, les gestes habituels que l'on fait au cours d'une conversation vive. Pas de tremblement du corps ni des extrémités.

Le visage est coloré, expressif, beaucoup plus qu'à l'état ordinaire ; les expressions sont mobiles et reflètent en somme les idées traduites par les paroles ; pas de grimaces involontaires ; aucune trémulation des lèvres ; ni rire, ni larmes.

La parole est correcte, non scandée ; l'élocution est plus lente lorsque le malade parle anglais, mais nous l'avons déjà constaté à l'état normal, et ce n'est pas un phénomène morbide.

La voix est la voix habituelle du malade.

Nous réussissons, après deux tentatives inutiles, à faire sortir le malade de cet accès délirant, qui a duré en notre présence près d'une heure et demie, en l'interpellant à haute voix par son nom, et en le saisissant par le bras pour le reconduire à son lit. Il s'arrête brusquement de parler, dirige les yeux sur nous, l'air étonné, et fait deux ou trois inspirations profondes, se conduisant comme un homme réveillé en sursaut. Il semble nous reconnaître au bout de quelques minutes, mais ne prononce plus aucune parole, et se laisse coucher sans opposer aucune résistance. Nous le quittons au bout d'une demi-heure, endormi, les yeux fermés ; toute excitation apparente a disparu ; la température n'a pas été prise. Le reste de la nuit sans incident.

Le 7 octobre, à la visite du matin, S... est à son poste comme à l'ordinaire dans la salle des malades serbes, et insiste pour faire son service habituel, quoiqu'ayant grand mal à la tête ; température 37 degrés, langue sale, pas de constipation ; nous prescrivons cependant 0 gr. 50 de calomel, et faisons de suite une injection intramusculaire de 1 gr. 50 de quinine, au vif ennui du malade, qui se juge simplement fatigué et redoute la possibilité d'un abcès. La céphalalgie est vive, mais supportable.

L'état mental est absolument normal, l'attention est bonne, et la mémoire professionnelle aussi vive qu'à l'ordinaire ; mais, interrogé sur la façon dont il a passé la nuit, S...

nous dit d'abord qu'il n'a pas du tout dormi, puisqu'il a beaucoup rêvé, ce qui ne lui arrive que rarement ; il ne peut absolument pas préciser de quoi il s'agissait dans ses rêves : il n'a gardé en somme aucun souvenir précis des faits de la nuit ; il ne se rappelle pas nous avoir vu, et nous ne l'en informons pas.

Repos dans la journée ; régime lacto-végétarien ; 1 gramme de quinine par la voie buccale. Température le soir 37°2. Rien à signaler dans la nuit.

Le 8 au matin, S... nous dit avoir mis longtemps à s'endormir à cause de sa céphalée, et avoir eu des sueurs abondantes, l'état général et mental n'est pas modifié, deuxième piqûre intra-musculaire de 1 gramme 50 de quinine. Température 36°9.

Le 8, dans l'après-midi, léger frisson et accès fébrile, 38°5. Sur notre ordre, le malade se couche après la visite du soir.

Dans le courant de la nuit, l'infirmier de garde que nous avons plus spécialement chargé de le surveiller vient nous chercher en nous disant qu'il se promène hors de la baraque ; nous trouvons en effet le malade sorti de sa chambre, tout habillé, et marchant d'un pas tranquille dans l'allée d'intervalles entre les baraques ; nous le suivons sans qu'il semble nous apercevoir ; comme pendant la nuit du 6, il est soumis à des hallucinations sans aucun caractère effrayant ; son accès délirant a absolument le même aspect général que le précédent, et roule sur les mêmes idées ; la volubilité est cependant plus marquée, le passage d'une langue à l'autre est plus fréquent ; les idées délirantes exprimées en anglais concernant la femme bulgare reviennent avec plus d'insistance ; l'excitation motrice ne semble pas plus intense ; les yeux sont grand ouverts.

Nous ramenons le malade dans sa chambre ; comme précédemment, il se laisse coucher docilement, et avant de s'endormir, il nous demande en riant pourquoi nous sommes venus le voir. Il dort sans nouveau délire jusqu'au matin.

Le 9, pas de température ; céphalée. Le malade fait son service habituel ; il n'a gardé aucun souvenir des faits de la nuit, et nous dit avoir suffisamment dormi, avec quelques rêves. Troisième injection de quinine, 1 gr. 50.

Le 10, accès fébrile dans l'après-midi, 38°2. Céphalée ; 1 gramme de quinine par la voie buccale.

Dans la nuit, répétition des accès délirants des 6 et 8, mais de durée plus courte ; excitation motrice modérée ; le malade n'est pas sorti de sa chambre ; sommeil calme pendant les dernières heures de la nuit.

Ces trois accès délirants sont restés isolés ; le malade, soumis au traitement quinique habituel, alternant avec des séries d'injections de cacodylate de soude, n'a plus présenté que des accès fébriles plus ou moins espacés et plus ou moins réguliers, comme tout paludéen traité ; la céphalée a duré huit jours et est disparue progressivement ; le sommeil complet et normal a pris sa place. Aucun délire nocturne n'a été constaté par la suite.

Au point de vue mental, S... est resté pendant environ un mois sans obtusion proprement dite, mais avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel, se traduisant par une fatigue rapide à l'occasion du travail de tête un peu délicat ; il s'en est rendu compte, mais ne s'en est pas affecté, sur notre affirmation qu'il s'agissait de troubles passagers. Revu à notre passage à Salonique en juillet 1918, il nous a affirmé n'en avoir gardé aucune trace ; nous lui avons alors raconté

les faits relatifs à son délire ; il nous a dit n'en avoir aucun souvenir, même vague ; les idées délirantes reposaient en partie sur des faits réels, par exemple son voyage de Marseille à Bordeaux qui avait eu lieu en 1908. Sa mémoire générale était restée excellente.

OBSERVATION IV (personnelle)

Paludisme ancien. — Délire d'accès à forme mystique

Samba N.-D..., vingt-six ans, caporal n^{me} bataillon de tirailleurs sénégalais, de race bambara, musulman.

Évacué du front ; en Orient depuis dix mois.

Entre à l'hôpital temporaire 5 à Salonique, 2^e division, lit n° 12, le 6 avril 1917, pour « anémie palustre et mauvais état général, fièvre depuis deux jours ».

Antécédents héréditaires : ?

Antécédents personnels. — Hospitalisé en juillet 1916 à Guevgueli pour « embarras gastrique et fièvre ».

Hospitalisé en janvier 1917 à Florina pour « gelures des deux pieds ».

Hospitalisé en 1917 à l'hôpital temporaire 4 à Salonique pour « paludisme et mauvais état général ». (Examen du sang : présence d'hématozoaires).

Vaccination antityphoïdique en 1916.

Taille : 1 m. 78.

Poids : 60 kilogrammes.

Examen à l'entrée (6 avril 1917) :

Généralités. — Température (axillaire ; la température rectale n'a pu être prise à cause de l'agitation du malade) : 38°5.

Pouls: 100.

Malade robuste, amaigri et anémié.

Agitation et délire (d'après les renseignements des malades européens venus par le même convoi, ce délire daterait de deux jours et serait apparu pendant le voyage en chemin de fer).

Cicatrices de blessures anciennes disposées en stries sur les bras et la poitrine (marques des Bambaras ?).

* Pas de traces de syphilis récente.

Œdème douloureux des deux pieds et cyanose.

Appareil circulatoire. — Rien à signaler.

Ponction veineuse pour séro-diagnostic et hémoculture.

Piqûre du doigt et frottis pour examen du sang.

Appareil respiratoire. — Bronchite subaiguë généralisée ; toux fréquente, expectoration nulle.

Tube digestif et abdomen. — Ventre dur, non douloureux, sans rétraction. Constipation (depuis plusieurs jours?)

Foie non douloureux, dépassant de deux travers de doigt le rebord costal.

Région splénique douloureuse ; à la percussion, matité de 12 centimètres en hauteur ; à la palpation, rate perceptible, douloureuse, dure.

Appareil urinaire. — Rien à signaler ; petite quantité d'urine fébrile, ne contenant ni sucre ni albumine.

Système nerveux. — Céphalée généralisée.

Réflexes pupillaires normaux ; strabisme convergent.

Signe des orteils en flexion.

Réflexe plantaire normal.

Réflexe rotulien exagéré à gauche (?), normal à droite.

Réflexe achilléen normal.

Ni photophobie, ni signe de Kernig.

Pas de tremblement, pas de paralysies.

Etat mental. — Délire de paroles et d'actions.

La base du système du malade semble être une interprétation délirante d'ordre religieux. Il ne cesse de prononcer des paroles précipitées, selon un rythme scandé, élevant et abaissant alternativement les bras, avec des cris gutturaux à intervalles réguliers. Par instants, il baisse la voix et demeure immobile, les bras élevés au-dessus de la tête (l'interprète croit alors reconnaître dans ses paroles des fragments du Coran). Le malade ne s'interrompt pas quand on l'interpelle, et ne prête aucune attention à l'entourage.

Attention impossible à fixer.

Troubles des perceptions impossibles à contrôler.

Désorientation dans le temps et dans l'espace ?

Excitation ; air exalté, mais plutôt triste.

Voix tantôt haute et brève, précipitée, tantôt volontairement baissée et ralentie.

Gesticulation presque continue des deux bras.

Traitement. — Régime lacté.

Lactose : 100 grammes.

Calomel : 0 gr. 50.

Injection intramusculaire de 1 gr. 50 de quinine.

En l'absence de tout autre moyen hydrothérapique, enveloppements froids du thorax toutes les trois heures.

Le 6 dans la soirée, température (axillaire) 39°5, pouls 110.

L'agitation et le délire continuent avec la même intensité.

Le malade oppose une violente résistance à l'application des enveloppements froids, qui sont néanmoins continués jusqu'au soir.

Ni urines, ni selles.

Dans la nuit du 6 au 7, même agitation ; le malade est transporté sous une tente isolée et constamment surveillé ; il urine un peu vers le matin.

Potion avec 3 grammes d'hydrate de chloral.

Le 7 avril, température le matin 38°8, pouls 105 ; même état d'agitation, délire continu.

Séro-diagnostic : pas de bacilles d'Eberth.

Examen des lames : gamètes de falciparum ; formule leucocytaire : lymphocytes, 10 o/o ; polynucléaires éosinophiles, 1 o/o ; polynucléaires métamyélocytes, 4 o/o ; grands mononucléaires, 8 o/o ; moyens mononucléaires, 20 o/o : hématies, 3.500.000.

Dans l'après-midi, augmentation de l'agitation motrice ; quand on abandonne le malade à lui-même, il descend continuellement de son lit et tourne à l'intérieur de la tente sans interrompre ses cris et sa gesticulation ; il est impossible de fixer son attention. Strabisme convergent marqué.

Saignée d'un peu plus de 100 grammes.

Injection intra-veineuse de 200 centimètres cubes de sérum physiologique.

Injection intra-musculaire de 1 gr. 50 de quinine.

Calomel 0 gr. 50 ; lactose 150 grammes.

Enveloppements froids toutes les trois heures.

Température le soir 39 degrés ; pouls 100.

Selles très abondantes dans la nuit.

Le 8, même état ; aucune réaction méningée.

Température 38°5 le matin, 39°8 le soir.

Deuxième saignée de 100 grammes ; injection de 150 centi-

mètres cubes de sérum physiologique; 1 gr. 50 de quinine en injection intra-musculaire.

Potion de chloral; enveloppements froids.

Urines : 500 centimètres cubes.

Le 9 (sixième jour de l'état délirant), température le matin 37°5. Dans le courant de l'après-midi, modification brusque de l'état mental; le malade cesse de parler, de crier et de gesticuler; il reste étendu sans bouger, les yeux ouverts; torpeur cérébrale.

Injection intra-musculaire de 1 gramme de quinine.

Urines: environ 900 centimètres cubes.

Température du soir 37°8; nuit calme, insomnie.

Le 10, pas de mouvement fébrile: même état de torpeur; somnolence.

Quinine en solution 1 gramme.

Résultat de l'hémoculture négatif.

Les 11-12-13-14, même état; retour progressif de l'appétit.

Céphalée, somnolence: un peu de sommeil pendant la nuit du 14?

Du 11 au 25, administration de la quinine en solution.

Le 15, empâtement et endolorissement au niveau d'une des injections de quinine.

Le 18, abcès de la région fessière gauche; température du soir 38 degrés; pas de délire.

Le 20, le malade passe en chirurgie; incision de l'abcès.

Les 21-22, suites régulières; pas de température.

Le 25 avril, le malade est évacué sur le dépôt de Zeitenlik, apyrétique, conservant un déficit intellectuel accentué, en particulier une amnésie générale très marquée, de la

céphalée et de l'insomnie, mais n'ayant plus fait de phénomènes délirants depuis quinze jours.

OBSERVATION V (personnelle)

Paludisme de première invasion. — Réaction méningée.

— *Délire aigu. — Mort au cinquième jour de la maladie.*

— *Autopsie.*

L... Jean, vingt-neuf ans, 8^e hussards, né à Alençon.

Evacué du front ; en Orient depuis deux mois.

Entre à l'hôpital temporaire 5 à Salonique, salle 14, lit 31, le 10 août 1917, pour « fièvre persistante et état méningé ».

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion cérébrale à soixante ans ; mère vivante et bien portante ; deux frère et sœur non malades.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance ; n'aurait jamais été malade depuis.

Actuellement malade depuis deux jours.

Aurait vomi à deux reprises pendant son transport.

Prenait régulièrement la quinine préventive (0 gr. 50 par jour).

Taille : ?

Poids : ?

Examen à l'entrée (10 août 1917) :

Généralités. — Température : 39°2.

Pouls : 102.

Amaigrissement.

Torpeur et subdélire.

Eruption cutanée (plaques érythémateuses de forme arrondie, de la dimension moyenne d'une pièce de 50 centimes,

de la région fessière de 10 centimètres cubes d'électrargol en solution à 10/0 ; frictions des régions axillaires et inguinales avec pommade au collargol à 15 0/0 ;

Aspirine, 1 gramme en deux doses ;

Lactose, 150 grammes ;

Quinine en solution, 1 gr. 50.

Isolement ; affusions froides sur la tête et le rachis.

Régime lacté.

Le 10, à la contre-visite, température rectale 40° degrés, pouls 110 ; sur quelques-unes des plaques érythémateuses de la face interne des cuisses, formation de bulles de couleur jaunâtre ; pas d'éléments éruptifs nouveaux :

Le malade n'a pas uriné ; il est sondé de nouveau : 100 centimètres cubes d'urine.

Même état nerveux et mental ; céphalalgie très violente, ne semblant pas modifiée par la ponction du matin ; photophobie.

Lavement froid de 1 litre ; évacuation abondante de matières dures.

Rien à signaler dans la nuit.

Le 11, température 39°8, pouls à 110, petit et irrégulier ; la plupart des éléments éruptifs sont devenus bulleux ; certaines de ces bulles sont affaissées et se dessèchent, aucune éruption nouvelle.

Examen du sang. — Gamètes de falciparum ; formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles, 50 0/0 ; polynucléaires éosinophiles, 3 0/0 ; polynucléaires métamyélocytes, 5 0/0 ; lymphocytes, 12 0/0 ; moyens mononucléaires, 25 0/0 ; grands mononucléaires, 5 0/0 ; numération des globules rouges, 2.100.000.

Le malade n'a pas été à la selle et n'a pas uriné.

Même état nerveux et mental; la céphalalgie n'a pas diminué. Trois injections d'huile camphrée de 1 centimètre cube chaque.

Injection intramusculaire de 1 gr. 50 de quinine.

0 gr 50 de quinine par la bouche.

A 2 heures dans l'après-midi du 11 (4^e jour de la maladie), apparition d'un délire intense, qui atteint son maximum à partir de 4 heures.

Température (axillaire) 40°4; pouls 120, irrégulier et faible. Le malade est visiblement dominé par des hallucinations et illusions (visuelles?) de nature terrifiante; il est en proie à une agitation motrice très violente, cherche à plusieurs reprises à se lever brusquement malgré ses contractions, puis tente de se retourner la face contre le plan du lit; les deux mains sont disposées devant la tête comme pour la protéger; le visage exprime au plus haut degré la crainte et l'anxiété; les cris sont continuels, ils redoublent quand on s'approche du lit, la voix est comme étranglée; tout le corps est secoué d'un tremblement continu; respiration saccadée; sueurs froides.

Tentative de saignée sans succès.

Aucune atténuation des symptômes pendant la nuit.

Le 12 (5^e jour de la maladie), mort brusque à 11 heures du matin, sans interruption du délire ni modification des phénomènes généraux.

Autopsie le 13 août dans la matinée (pratiquée avec M. le médecin-chef de l'hôpital 5).

Poumons et plèvres : congestion moyenne, sans zones d'hépatisation; pas d'induration des sommets, pas de gra-

nulations ; adhérences pleuro-pariétales : pas de liquide.

Cœur un peu mou, contenant plusieurs caillots sanguins ; poids 290 grammes ; pas de lésions officielles ; rien à signaler du côté de l'aorte.

Rate globuleuse, très diffuente, de couleur brun foncé ; poids 638 grammes ; capsule mince, facilement dilacérable.

Foie gorgé de sang noir, sans déformation, ramolli, présentant à la coupe des zones pigmentaires ; poids 1.620 gr.

Le sang de la veine splénique et de la veine-porte, recueilli et examiné de suite, contient de nombreux leucocytes mélanifères.

Intestins : pas d'ulcérations, pas de congestion des plaques de Peyer : appendice normal.

Reins gros, congestionnés, de couleur rouge sombre, sans signes de lésions chroniques ; rein droit, 185 grammes ; rein gauche, 170 grammes. Capsules surrénales congestionnées.

Méninges très injectées, présentant de nombreuses adhérences ; vaisseaux pie-mériens de couleur sombre, avec des traînées blanches par endroits ; pas de granulations.

Cédème cérébral ; liquide céphalo-rachidien très abondant, non purulent ; pas de foyer hémorragique, mais plusieurs extravasations sanguines en flots ; substance grise très congestionnée dans l'ensemble, de teinte violacée.

Nombreux exsudats louches au niveau des méninges rachidiennes.

L'examen de la moelle osseuse n'a pas été fait.

Examen du liquide céphalo-rachidien ; pas de méningocoques. Liquide clair, sans microbes ni éléments cellulaires.

Résultat du séro-diagnostic : pas de bacille d'Eberth.

Examen des mucosités prélevées dans le naso-pharynx :
pas de méningocoques ni paraméningocoques.

OBSERVATION VI (personnelle)

*Début de cachexie palustre. — Confusion mentale
asthénique*

V. Anast., vingt-sept ans, femme du pope de R..., née à Kastoria.

Antécédents héréditaires. — ?

Antécédents personnels. — Le mari de la malade résume comme suit l'histoire médicale : mariée depuis six ans ; trois enfants vivants, non malades. Pas de fausses couches ; serait réglée régulièrement, peu abondamment.

Fièvre éruptive dans l'enfance ?

Il y a un an, éruption thoracique ayant duré plusieurs mois par poussées successives, très démangeante (zona ?)

Depuis plusieurs années, accès de fièvre irrégulière revenant environ tous les deux mois, s'accompagnant de grande fatigue et de crises de diarrhée durant parfois plusieurs jours ; obligent la malade à s'aliter. Epistaxis fréquentes au moment de ces accès ; n'a jamais craché de sang.

Il y a quatre jours, à la suite d'un travail fatigant, accès de fièvre avec épistaxis et céphalée violente, empêchant la malade de dormir.

Etat actuel depuis la veille (19 juin). — La malade n'a jamais pris de quinine ; elle n'a jamais été dans un état analogue.

Examen (20 juin 1918) :

Généralités. — Température (axillaire) : 37°2.

Pouls (faible) : 70 ; monte à 75 au cours de l'examen.

Malade amaigrie, teint pâle, cheveux gris, donnant l'impression d'avoir dix ans de plus que son âge réel.

Décoloration des muqueuses ; léger œdème palpébral.

Cicatrice traumatique de la cornée de l'œil gauche.

Varices des jambes. .

Pas de cicatrices de la peau ; pas de lésions de la langue.

Herpès labial récent.

Dépression physique et mentale.

Appareil circulatoire. — Cœur petit ; pas de souffles organiques ni extra-cardiaques.

Appareil respiratoire. — Submatité du sommet droit en arrière ; augmentation des vibrations vocales au même niveau et expiration prolongée.

Ni toux, ni respiration.

Tube digestif et abdomen. — Langue sale ; haleine fétide ; anorexie complète ; constipation depuis trois ou quatre jours.

Estomac dilaté, douloureux à la palpation.

Ventre gros, ballonné ; pas d'ascite, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Foie : à la percussion, matité dépassant de 2 centimètres le rebord costal ; à la palpation (douloureuse), foie résistant, sans bosselures.

Rate : matité de la région splénique s'étendant sur 15 centimètres, en tous sens ; rate dure, douloureuse à la palpation.

Appareil urinaire : ?

Système nerveux. — Insomnie (nocturne) depuis le début de la maladie actuelle.

Céphalée très marquée, frontale et sus-orbitaire, s'exaspérant par périodes.

Réflexe pupillaire à l'accommodation paresseux, réflexe photo-moteur normal.

Réflexes rotulien et achilléen lents, d'intensité moyenne.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de raideur de la nuque ; pas de signe de Kernig ni de photophobie.

Pas de paralysies ; sensibilité cutanée paresseuse, sans zones d'anesthésie ni d'hyperesthésie.

Léger tremblement des doigts, continu.

Examen mental. — Dépression et torpeur cérébrale.

La malade est assise au coin de la cheminée sur un escabeau, comme engourdie, ne faisant spontanément aucun mouvement, mais ne résistant pas à ceux qu'on lui fait faire pour l'examiner ; elle ne parle pas spontanément.

Pas d'idées ni d'interprétations délirantes ; elle reconnaît son mari et ses enfants, sait qu'elle est dans sa maison ; ne manifeste ni étonnement ni crainte d'y voir des étrangers en uniforme.

Attention paresseuse, difficile à éveiller ; interpellée énergiquement, elle renseigne correctement, mais au bout de plusieurs minutes, sur son état civil, le nom de ses enfants, etc. Amnésie de fixation ; la malade oublie à plusieurs reprises ce qu'elle vient de dire un instant auparavant.

Pas d'amnésie rétrograde ; souvenir de faits précis remontant à un et deux ans (par exemple le premier cantonnement

de troupes françaises dans le village, fait qui a vivement frappée la malade).

Ni hallucinations, ni illusions.

Pas d'anxiété ni de phobie.

Torpeur ; air indifférent et inexpressif ; aucune gesticulation. Parole monotone, lente, semblant s'accélérer un peu à la fin de l'examen ; voix basse (au dire du mari, la voix habituelle est élevée).

A la fin de l'examen, crise de larmes, sans cris, durant quelques minutes ; réaction à la douleur quand on pratique l'injection intra-musculaire.

Traitement. — Quinine intra-musculaire : 1 gr. 50 ; quinine par la voie buccale prescrite pour les jours suivants.

30 grammes de sulfate de soude en deux doses.

Antipyrine : 1 gramme en deux doses.

Pointes de feu au niveau du sommet pulmonaire droit.

Le 15 juillet suivant, c'est-à-dire vingt-cinq jours après notre premier examen, la malade, que nous n'avions malheureusement pu ni soigner sur place à cause de nos obligations militaires, ni faire hospitaliser, comme son état le nécessitait nous fut amenée par son mari, et nous pûmes l'examiner de nouveau.

Deuxième examen (15 juillet 1918). — Température axillaire 36°8 ; accès de fièvre il y a huit jours ayant duré quarante-huit heures (?)

Pouls 78.

Amélioration marquée de l'état général ; la malade peut actuellement se livrer à ses occupations habituelles, évitant seulement les travaux fatigants. Les forces sont revenues

lentement et progressivement; amaigrissement toujours notable.

Pas de modifications des signes pulmonaires.

Langue blanche; retour à peu près complet de l'appétit depuis une huitaine de jours; la malade va régulièrement à la selle tous les deux jours.

Foie et rate; mêmes symptômes qu'au moment de la première visite; région splénique toujours douloureuse.

Le sommeil (nocturne) est irrégulier et fréquemment interrompu par des rêves pénibles (la nature de ces rêves ne peut être précisée); la malade supplée à son insuffisance en prolongeant autant qu'elle le peut sa sieste pendant la chaleur de l'après-midi; le passage du sommeil diurne ou nocturne à l'état de veille est toujours très lent quoique le sommeil ne soit jamais profond.

Céphalée variable, tantôt très vive, tantôt à peine marquée, en réalité presque continue, à prédominance frontale, ne s'accompagnant d'aucune photophobie.

Inégalité pupillaire; réflexes pupillaires lents.

Réflexes tendineux et cutanés normaux.

Le tremblement des doigts a disparu.

Examen mental. — La dépression et la torpeur cérébrales sont très atténuées. La malade a accepté avec satisfaction la proposition faite par son mari d'aller visiter sa sœur qu'elle n'a pas vue depuis longtemps, et a voulu s'occuper des préparatifs du voyage, etc.; elle raconte d'elle-même certains incidents de voyage; mais la fatigue intellectuelle est toujours très rapide.

Ni idées, ni interprétations délirantes; elle a admis sans étonnement ni contradiction l'idée de faire un détour de

10 kilomètres pour venir nous voir ; elle admet que nous l'avons déjà examinée lorsque son mari le lui dit et nous en remercies.

Attention toujours lente à exciter et très peu soutenue.

Amnésie très irrégulière : pas d'amnésie rétrograde, du moins pour les faits assez anciens ; d'autre part, il est impossible de faire préciser aucun fait relatif au dernier mois ; elle se souvient vaguement qu'elle a été malade, mais toute cette période reste confuse, et les questions amènent rapidement une expression de fatigue et d'ennui.

Pas de troubles des perceptions.

Ni anxiété morbide, ni idées fixes.

Fugitives expressions de joie et de fatigue sur un fond inexpressif ; ni rire, ni larmes ; gesticulation réduite.

La parole est la même que lors de la première visite.

Aucun signe indiquant l'existence d'impulsions.

Un traitement méthodique et suivi étant impossible à appliquer, nous devons nous borner à donner quelques conseils d'hygiène générale.

OBSERVATION VII (personnelle)

Paludisme. — Confusion mentale délirante

H..., Alexandre, vingt-quatre ans, cultivateur, bataillon de chemins de fer (russe).

Envoyé à la visite d'office le 10 juillet 1918 par le sous-officier commandant son équipe de travail, « parce qu'il se plaint depuis trois jours d'être constamment fatigué, de n'avoir pas d'appétit et de ne pouvoir dormir ». L'infirmier

qui l'accompagne a pris sa température, qui serait normale depuis ces trois jours. La malade prendrait depuis six mois 0 gr. 50 de quinine préventive par jour (mais aucun contrôle n'est fait dans les équipes de travailleurs).

Hospitalisé « en observation, mauvais état général » le 10 juillet à l'ambulance alpine 17, à Eksisu.

Fiche sanitaire :

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Aurait fait diverses maladies dans l'enfance ?

Fracture de jambe en 1902.

Accès de fièvres irréguliers depuis plusieurs années.

Taille : 1 m. 70.

Poids : 68 kilos.

Examen à l'entrée (10 juillet 1918) :

Généralités. — Température rectale : 36°9.

Pouls : 70.

Amaigrissement.

Teinte subictérique* de la peau.

Pas de signes apparents de syphilis acquise ou héréditaire.

Somnolence. Obtusion intellectuelle sans perte de conscience.

Appareil circulatoire. — Rien à signaler à l'auscultation du cœur.

Prise d'un frottis (piqûre du doigt) envoyé au laboratoire de l'hôpital d'évacuation pour recherche des hématozoaires.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler*.

Tube digestif et abdomen. — Langue saburrale ; haleine mauvaise, sans odeur spéciale.

Constipation (depuis quatre jours ?)

Foie légèrement augmenté de volume, non douloureux.

Rate non perceptible à la palpation ; à la percussion, matité de 10 centimètres en hauteur ; région splénique douloureuse à la percussion.

Appareil urinaire. — A la percussion, vessie contenant de l'urine.

Le malade fournit 60 centimètres cubes d'urine qui sont analysées de suite (urines très colorées, contenant des pigments biliaires ; traces d'albumine ; ni sang, ni cylindres urinaires ; pas de sucre).

Système nerveux. — Céphalée vive, surtout occipitale.

Pupilles légèrement inégales ; réflexes photomoteur et à l'accommodation normaux.

Réflexes rotulien et plantaire, réflexe du poignet normaux.

Signe de Babinski négatif.

Pas de signe de Kernig.

Pas de photophobie : le malade ne ferme les yeux que parce qu'il voudrait dormir.

Tremblement léger des orteils et des doigts, s'accroissant à l'occasion des mouvements commandés ; pas de tremblement de la langue.

Etat mental. — Pas d'idées délirantes.

Amnésie partielle, portant sur les faits récents.

Attention lente à éveiller, très fugace.

Aucun trouble des perceptions (pas de désorientation dans le temps ni dans l'espace. Le malade s'étonne d'être à l'ambulance, mais se rend compte qu'il y est. « Il n'est pas malade, reprendra son travail dès qu'il aura pu dormir. »)

Pas d'anxiété.

Torpeur et somnolence. Le malade s'est déshabillé lui-même, mais semble épuisé par cet effort, et retombe dans sa somnolence dès qu'on cesse de l'interroger.

Air indifférent et inexpressif.

Parole correcte, lente.

Ce qui domine, c'est la lenteur générale des opérations intellectuelles et l'amnésie.

Traitement. — Isolement partiel et surveillance.

Régime lacté. Tisanes à volonté.

Calomel (0 gr. 50). Lactose 150 grammes.

Quinine (0 gr. 50 par voie buccale).

A la visite du soir, température (rectale) 37°2 ; même état de somnolence ; céphalalgie ; le malade a bu 1/2 litre de lait, n'a pas uriné ; selle assez abondante, très colorée.

Vers le milieu de la nuit du 10, l'infirmier de garde est réveillé par le malade qui parle sans discontinuer et est très agité. Nous trouvons en effet H. . . , assis sur son lit, les yeux ouverts, les pieds et les jambes animés d'un tremblement assez marqué. Il n'oppose pas de résistance réelle pour se recoucher, mais ne nous reconnaît pas, ne sait où il est, et ne cesse de marmotter sans arrêt et très rapidement des phrases confuses, avec cependant une élocution correcte ; par moments, il tourne brusquement la tête et semble répondre à un interlocuteur imaginaire ; l'occlusion des yeux ne modifie pas ces phénomènes délirants ; contrastant avec ce flot de paroles, le visage n'est ni effrayé ni menaçant et reste à peu près inexpressif ; ni grimaces, ni gesticulation des membres.

En résumé, H. . . , est en proie à un délire de paroles, probablement avec des hallucinations ou illusions auditives ; cet

accès dure deux heures et demi ; le malade revient ensuite presque sans transition à son état antérieur de somnolence tranquille. La température n'a pu être prise.

Le 11 juillet, à la visite du matin : Température (rectale) : 37.

Résultat de l'examen du sang : présence d'hématozoaires (*plasmodium vivax*) ; formule leucocytaire : polynucléaires, 60 o/o ; lymphocytes, 15 o/o ; moyens mononucléaires, 20 o/o ; grands mononucléaires, 6 o/o ; globules rouges, 4.000.000.

Langue blanche, humide ; soif vive, anorexie complète.

Selles abondantes dans la matinée.

Urines : 200 centimètres cubes, très colorées.

Céphalalgie : tremblement des orteils et des doigts.

Même état de torpeur et de somnolence que la veille ; pas d'idées délirantes. Il..., couché sur son lit, les yeux fermés, nous reconnaît mais ne se souvient pas de nous avoir vu dans la nuit ni d'avoir déliré ; se plaint de sa tête, demande quelque chose pour dormir.

Calomel, 0 gr. 50 ; lactose, 100 grammes ; injection intramusculaire de quinine, 1 gr. 50.

Le soir, température 37°5.

Dans la nuit du 11 au 12, répétition du délire de la veille, sous la même forme, durant deux heures.

Le 12 juillet, température 37°2.

Langue blanche, selles régulières ; 500 centimètres cubes d'urines foncées.

Céphalalgie ; même état mental.

Calomel : lactose ; 1 gramme de quinine en solution.

Le soir, température 38°5 ; délire dans la nuit.

Le 13, température 37°4 (matin), 37°6 (soir) ; céphalalgie, même état mental, délire nocturne.

Le 14, accès fébrile le soir (38 degrés) ; même état, même traitement.

Les 15, 16, 17, aucun changement, sinon que le taux des urines monte à 800 centimètres cubes pour la journée du 17 ; délire nocturne, somnolence plus marquée le jour : 37°9 dans la soirée du 16.

Le 18, débâcle urinaire : 2.000 centimètres cubes d'urines claires, riches en urée, sans albumine ; léger sommeil dans la journée, court accès de délire la nuit. Continuation du traitement quinique.

20 juillet. — Température 36°8 (matin), 37°2 (soir).

Amélioration nette de l'état général et mental.

Langue blanchâtre, selles normales ; le malade demande à manger.

1.500 centimètres cubes d'urine.

Céphalée vive mais discontinue ; quelques heures de sommeil dans la journée.

Pupilles toujours inégales ; réflexes pupillaires et tendineux normaux ; pas de tremblement des extrémités.

Diminution de la torpeur cérébrale ; le malade se fatigue rapidement, mais s'intéresse à son entourage, il demande, sans insister, à se lever et à s'habiller, et manifeste du contentement en apercevant un camarade russe.

Amnésie irrégulière : il sait qu'il est venu à l'ambulance parce qu'il ne pouvait plus travailler, mais ne peut dire quand ni depuis combien de temps ; aucun souvenir net des accès de délire nocturne : « il n'a pas dormi pendant longtemps parce qu'il souffrait de la tête » ; pas d'amnésie rétrograde.

Pas d'anxiété ; expression nette de joie lorsqu'il entend parler russe.

Pas de délire nocturne ; courtes périodes de sommeil léger, s'interrompant brusquement, avec un peu d'agitation motrice ; sueurs abondantes.

25 juillet. — Le malade est évacué sur le dépôt de convalescents de Florina, conservant, indépendamment des données fournies par l'examen du sang, de l'affaiblissement intellectuel et de la somnolence, avec une céphalée assez accentuée, mais ne présentant plus de troubles mentaux caractérisés, et en assez bon état général.

CHAPITRE II

D'un assez grand nombre d'observations plus ou moins nettes de délires au cours de paludisme prises par nous pendant notre passage à l'armée d'Orient, nous n'avons reproduit que les sept qui précèdent. Nous n'avons voulu retenir, en effet, que les faits qui nous ont semblé vraiment caractéristiques ; d'autre part, tout en reconnaissant la valeur et l'intérêt des observations anciennes qui ne pouvaient comporter d'examen microscopique, nous nous sommes personnellement méfié de notre diagnostic clinique, étant donné qu'il s'agissait d'une affection aussi complexe et aussi polymorphe que le paludisme ; aussi, sauf pour l'observation n° VI, qui nous paraît offrir un intérêt particulier, nous n'avons voulu garder que les cas où l'examen du sang venait confirmer un diagnostic qui aurait pu rester douteux sans cela.

Nous allons reprendre à présent chacune de nos observations, en nous demandant quelles difficultés de diagnostic général et plus particulièrement psychiatrique se posent à leur sujet et quelles conséquences pronostiques et thérapeutiques peuvent être tirées des faits.

L'observation I ne doit pas nous retenir longtemps ; il ne s'agit en effet que d'un de ces délires passagers comme on peut en observer communément pendant la période fébrile de toutes les maladies infectieuses. C'est la forme la plus légère de réaction délirante au cours du paludisme, et c'est aussi celle que nous avons observée le plus fréquemment pour notre compte.

Le délire de ce malade avait avec sa fièvre des relations chronologiques nettes ; si court qu'il ait été, il a suivi la courbe de la température, apparaissant périodiquement avec la montée de celle-ci ; le *diagnostic* ne nous semble donc pas douteux.

Le fait que le malade a présenté quelques hallucinations ne nous paraît pas devoir assombrir le *prognostic* ; nous sommes convaincus qu'il n'a gardé de sa courte période de délire aucune tare mentale.

Est-il exposé à faire par la suite de nouveaux accès délirants semblables ou plus graves ? Nous croyons nettement que oui ; tout paludéen, même convenablement traité, ayant déjà fait une réaction délirante, est susceptible d'en faire de nouvelles sous des influences variables et souvent minimes.

Le seul *traitement* rationnel d'un malade délirant de ce genre est la quinine ; nous n'avons pas cru devoir faire ce traitement particulièrement intensif.

Le sujet de l'observation II a présenté un délire comparable à celui de l'observation I, avec un élément en plus, en ce sens que les hallucinations ont

provoqué chez lui une réaction motrice assez nette ; de plus, le délire, apparu avec l'accès fébrile, s'est prolongé sans doute un peu après sa disparition.

Faut-il tenir compte du traumatisme dans l'étiologie de cet accès délirant ? Nous ne le pensons pas, d'abord chronologiquement parce que le délire ne s'est produit que plusieurs jours (au moins cinq ou six) après le traumatisme, et que le malade ne présentait pas, même d'une façon fruste, les signes d'insuffisance gastro intestinale ou hépatique qui permettent ordinairement d'expliquer les délires traumatiques retardés ; en second lieu, parce qu'il s'agit d'une blessure unique, en somme légère, non infectée, et ne siégeant pas à la tête. Nous admettrions plus volontiers, malgré l'absence de signes évidents, un appoint éthylique ; mais la vraie cause est contenue à notre avis dans l'examen du sang.

Les mêmes conclusions que pour l'observation I sont à poser pour ce malade : il n'a vraisemblablement rien gardé au point de vue mental de son délire passager ; il est exposé à de nouveaux accès délirants ; il est justiciable du traitement par la quinine, aux doses employées pour tout paludéen supposé récemment infecté.

Dans notre observation III, nous avons affaire à un paludéen ancien, qui, en même temps que des accès fébriles périodiques, a présenté des accès de délire exclusivement nocturne, un de ces accès s'étant accompagné d'un somnambulisme léger.

Quelles sont les questions de diagnostic qui doivent être résolues à propos de ce cas ?

En premier lieu, notre malade était un *tuberculeux*. Nous devons donc nous demander si sa tuberculose peut expliquer à elle seule, en dehors du paludisme, ses accès délirants. Nous écartons naturellement d'emblée le délire de la période terminale, qui est lui aussi un délire onirique avec hallucinations, puisqu'il s'agit d'une tuberculose au premier degré. Nous mettons également de côté de suite la confusion mentale de la polynévrite tuberculeuse, et celle du méningisme tuberculeux, qui s'accompagnent d'hallucinations nocturnes avec amnésie : notre malade ne présente pas de névrites et n'a jamais fait de réaction méningée.

Restent les deux formes habituelles des psychoses au cours de la tuberculose : dans la plus fréquente, on rencontre, il est vrai, des hallucinations multiples, mais qui ne sont que des épisodes au cours d'un état mélancolique avec anxiété ; notre malade n'a jamais présenté d'anxiété et n'a été à aucun moment mélancolique ; enfin, dans la forme étiquetée confusion mentale avec délire hallucinatoire dominant les idées de persécution, qui manquent absolument dans notre cas. Nous croyons donc pouvoir rejeter la tuberculose, d'ailleurs légère, dont il était atteint, comme explication de son délire.

Sans tenir compte des affirmations de notre malade relatives à des habitudes *alcooliques* qu'il faut toujours soupçonner, nous pouvons nous demander si

le délire onirique avec hallucinations dont il a été atteint n'était pas dû à une *psychose subaiguë alcoolique*, en admettant que la confusion mentale continue qui forme ordinairement le fond des psychoses de ce genre ait été assez peu nette pour nous échapper absolument, et en écartant bien entendu toute idée de *délirium tremens* inacceptable en l'espèce. Nous pourrions supposer que le malade était un alcoolique latent, ne présentant pas les manifestations qui révèlent habituellement l'intoxication ; il n'offrait en effet aucun des symptômes physiques de l'alcoolique, ni tremblement, ni crampes, ni fourmillements, ni troubles sensitifs des membres.

Cependant, même avec cette restriction, nous croyons que le délire de notre malade avait en lui-même des caractères suffisants pour éliminer l'étiologie alcoolique : il a eu, comme un délirant alcoolique, des hallucinations auditives et visuelles ; mais ses hallucinations visuelles qui ont joué un rôle beaucoup moindre que les auditives, n'ont eu à aucun moment le caractère terrifiant des hallucinations alcooliques ; d'autre part, les hallucinations auditives, qui ont au contraire dominé les scènes délirantes, ne se sont pas réduites comme chez un alcoolique à quelques impressions confuses, mais ont été nettement organisées, elles aussi, sans caractère effrayant. Il n'a pas présenté d'illusions ; il a eu de l'excitation motrice, mais qui a été bien loin d'atteindre le degré d'agitation désordonnée d'un alcoolique ; enfin, ses trois accès de délire

exclusivement nocturne ont été périodiquement en rapport avec des accès fébriles dont nous trouvons l'explication dans l'examen du sang.

Le terme périodiquement nous amène à la discussion d'un troisième diagnostic différentiel ; nous savons en effet que les psychoses de *l'épilepsie* non convulsive (il ne saurait s'agir dans notre cas d'épilepsie franche, dont aucun accès ne fut jamais constaté chez notre malade) comportent des accès délirants avec hallucinations, transitoires, périodiques, suivis d'amnésie ; mais ces accès amènent le plus ordinairement un état d'obnubilation qui a manqué ici ; et surtout, le facteur impulsion fait absolument défaut dans le cas de notre malade ; car nous ne saurions assimiler son léger accès de somnambulisme avec une aveugle et irrésistible impulsion épileptique. Nous remarquons enfin que le traitement quinique a eu une action rapide sur les accès délirants comme sur les accès fébriles.

Une dernière question doit être indiquée à propos du diagnostic de cette observation : celle de *l'hystérie* ; en dehors des attaques, nous savons en effet qu'une des manifestations caractéristiques du délire somnambulique est l'automatisme ambulateur ; mais là encore, remarquons que l'unique tentative ambulatoire faite par notre malade ne s'est pas renouvelée, n'a pas été précédée de symptômes permettant de conclure à de l'hystérie, et que son délire a entièrement disparu en quelques jours sans aucune

psychothérapie, puisqu'il en a ignoré les détails pendant près de deux ans.

Ce cas nous paraît donc, appuyé par la présence constatée dans le sang de *Plasmodium vivax*, pouvoir être classé comme un délire d'accès à forme onirique chez un paludéen chronique.

Le malade a-t-il gardé quelque tare mentale de son délire ?

La réponse est donnée dans notre observation ; Sav... a eu un certain affaiblissement intellectuel pendant quelques semaines ; revu dix-huit mois après, il n'en avait pas gardé de trace ; son amnésie est restée limitée à la période des crises, et n'a pas eu de caractère rétrograde ni progressif.

Est-il exposé à de nouveaux accès ? Oui, puisqu'il est paludéen ; la même cause pourra produire chez lui les mêmes effets, tant que son sang ne sera pas définitivement stérile.

Quel traitement fallait-il prescrire ? Nous croyons que là encore le médicament principal devait être la quinine, aux doses habituelles ; nous y avons joint l'arsenic, que nous croyons un adjuvant excellent lorsqu'il s'agit de paludisme déjà ancien ; une médication antinerveuse ne nous a pas paru spécialement indiquée.

Il s'agit dans notre observation IV, d'un paludéen ancien, ayant fait, en même temps que de la fièvre

continue pendant cinq jours au minimum, un accès de délire aigu terminé brusquement par de la torpeur cérébrale.

En premier lieu, s'agissait-il d'une *affectation palustre* ?

Nous pouvions éliminer de suite l'idée d'une *méningite*, en l'absence de tout signe nerveux important autre que la céphalalgie ; un diagnostic de *dothiennenterie* pouvait retenir notre attention ; mais, indépendamment du séro-diagnostic auquel nous avons attribué peu de valeur parce qu'il fut fait prématurément, et, malgré la présence de la bronchite et de la splénomégalie, notre malade, d'ailleurs récemment vacciné, n'était assurément pas dans un état typhoïde (le résultat de l'hémoculture nous apporta par la suite une confirmation en ce sens, éliminant l'hypothèse de deux infections associées). L'étiologie connue de l'œdème des pieds et l'absence complète de paralysies écartant la possibilité de *béribéri*, nous nous en tinmes au diagnostic d'*accès palustre grave*, qui nous fut confirmé le lendemain par le résultat de l'examen du sang.

S'agissait-il d'un *abcès pernicieux délirant* ? malgré les apparences, nous ne le croyons pas. Nous savons en effet que le plus habituellement le délire de l'accès pernicieux apparaît dès le début de l'accès ; ce qui n'est pas notre cas, puisque le billet d'hôpital mentionnait de la fièvre depuis deux jours sans parler de délire ; d'autre part, l'état de torpeur cérébrale dans lequel tomba notre malade au sortir de son délire

n'était pas le véritable coma qui suit le délire d'un abcès perniciosus.

L'intensité de l'agitation motrice de notre malade et la forme expansive de son délire pouvaient à première vue faire penser à la *manie aiguë* ; mais l'absence d'illusions nettes, la céphalée persistante, la courte durée du délire, et sa terminaison brusque nous ont fait écarter ce diagnostic.

Tout en réservant la possibilité d'un appoint éthylique ne se manifestant pas par des symptômes physiques, nous croyons donc qu'ils s'agissait chez notre malade, d'un *délire aigu systématisé* provoqué, sur un terrain probablement prédisposé, par une infection palustre grave, et suivi au moment de la défervescence d'un état de *confusion mentale asthénique*.

Le malade a conservé après son délire une tare mentale nette ; c'est un paludéen sérieusement atteint et, malgré la courte durée de son délire, il est à présumer qu'au cours de nouvelles atteintes il fera d'autres accès de délire systématisé (persécution ou grandeur) qui le classeront dans l'avenir parmi les délirants chroniques.

Indépendamment d'un *traitement* régulier par la quinine, il nous a paru nécessaire dans ce cas d'augmenter si possible son action en provoquant les évacuations rénale et intestinale, et en facilitant la rénovation sanguine ; nous avons tenté en même temps d'amener une sédation générale par la réfrigération, et administré avec prudence une potion hypnotique contre l'excitation cérébrale.

Nous abordons avec notre observation V un cas dont le diagnostic nous semble complexe, et pour lequel nous n'avons pu trouver de solution entièrement satisfaisante.

Il s'agit en somme d'un malade présentant d'une part des signes cliniques de paludisme récent, avec confirmation par l'examen du sang qu'il s'agit d'un paludisme grave, d'autre part des signes certains de méningite aiguë, et mourant en plein délire au cinquième jour de sa maladie, à l'autopsie duquel on trouve les lésions habituelles du paludisme, et des lésions méningées sans spécificité.

Deux hypothèses nous paraissent pouvoir être envisagées :

1° Le paludisme aigu constaté chez le malade n'a été qu'une infection coïncidente, dont le réveil ou l'invasion a été facilité par l'infection à détermination méningée, qui serait la première en date, le paludisme étant venu seulement aggraver cette infection.

En ce cas, quelle serait la nature de la méningite ? Il nous paraît difficile d'admettre l'existence d'une *méningite cérébro-spinale épidémique*, principalement à cause de l'absence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien et dans le naso-pharynx.

Une *méningite tuberculeuse* ? Nous n'en avons trouvé aucun signe à l'autopsie au niveau des méninges, ni aucune lésion tuberculeuse sur les autres organes.

Une *méningite syphilitique* ? Les signes concomitants de syphilis secondaire font absolument défaut.

Une *méningite ourlienne* ou une *méningite saturnine* (cette dernière bien improbable chez un homme mobilisé depuis plus de deux ans) manquent également des signes particuliers qui permettent ordinairement de les reconnaître.

Une *méningite compliquant une dothiënenterie latente* serait encore à envisager ; mais la séro-réaction est venue nous indiquer qu'il ne s'agissait pas de bacilles d'Eberth.

Enfin, les signes d'une *hémorragie méningée* manquent à l'autopsie comme dans le liquide céphalo-rachidien.

2° Le paludisme est seul en cause, et c'est ce paludisme grave dû au *plasmodium falciparum* qui est responsable des réactions générale et méningée ayant amené la mort de notre malade.

Nous trouvons en effet, en rapport avec cette hypothèse, des signes d'autopsie suffisants pour nous permettre de croire à une action particulièrement virulente des hématozoaires.

Faut-il en ce cas parler d'*accès pernicieux* ?

Nous ne croyons pas qu'il puisse s'agir d'un *accès pernicieux délirant* ; de même que pour le malade de notre observation IV, le délire n'est ici apparu que tardivement, au quatrième jour au moins de la maladie ; l'état de torpeur cérébrale avec délire léger que présentait notre malade à son arrivée à l'hôpital ne peut, à notre avis, être confondu avec un stade

comateux consécutif à un accès délirant antérieur ; et surtout cette supposition n'explique pas les signes méningés des plus nets que nous avons constatés.

Les mêmes raisons nous font écarter l'hypothèse d'un *accès comateux franc*, ainsi que d'un *accès épileptiforme*, à plus forte raison d'un *accès algide*.

L'idée d'un *accès pernicieux tétaniforme* ne saurait non plus nous satisfaire ; chez notre malade, les contractures ont constamment respecté les membres supérieurs ; il n'y a pas eu de trismus, et des troubles psychiques ont dominé la scène au moment de la terminaison fatale.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature aucune observation comparable à la nôtre. Nous basant à la fois sur les signes cliniques, les résultats des examens de laboratoire et les lésions trouvées à l'autopsie, nous suggérons en dernier lieu et sous réserves l'hypothèse d'une *confusion mentale méningitique*, l'agent infectieux, en l'espèce le *Plasmodium falciparum*, ayant agi en ce cas en même temps sur les méninges et sur le cerveau, et ayant provoqué d'une part un méningisme intense, d'autre part un délire aigu.

L'éruption cutanée localisée présentée par notre malade ne faisait vraisemblablement pas partie des symptômes à retenir pour le diagnostic, et n'a été qu'une coïncidence ; l'aspect des plaques érythémateuses, leur localisation et leur transformation rapide en bulles écartent l'idée d'un érythème palustre et en font à notre avis une éruption médicamen-

teuse probablement due à l'ingestion d'antipyrine.

La question du traitement soulevait également des problèmes embarrassants.

Indépendamment du traitement anti-infectieux que nous avons mis en œuvre avec l'argent colloïdal, et de la balnéothérapie impossible à réaliser dans les conditions où nous nous trouvions, devons-nous injecter systématiquement du *sérum antiméningococcique* ? Sans oublier la possibilité d'une réaction atypique, l'aspect limpide du liquide céphalo-rachidien nous a fait hésiter ; son examen ultérieur semble nous avoir donné raison sur ce point.

Devions-nous d'autre part faire un *traitement quinique intensif* ? Nous devons avouer que, malgré l'examen du sang qui nous a prouvé le second jour l'existence d'un paludisme grave, nous avons été impressionnés avant tout par les symptômes méningés, et que nous ne croyions pas alors une infection palustre susceptible de produire aussi rapidement de tels symptômes. Nous reconnaissons franchement que nous avons eu tort, et actuellement dans un cas semblable nous pratiquerions au moins une injection intraveineuse de bichlorhydrate de quinine en solution à 1 o/o, calculée de manière à faire passer dans l'organisme la valeur de 2 grammes ou plus de quinine.

Le cas qui fait l'objet de notre observation VI soulève plusieurs questions, d'ordre général et d'ordre psychiatrique.

En premier lieu, notre malade était elle *paludéenne* ? Les circonstances ne nous ont malheureusement pas permis d'examiner son sang, d'établir sa formule leucocytaire et de faire la numération de ses hématies. Cependant, quelques données nous permettent de suppléer à l'absence de preuve microscopique. La malade est née et est restée jusqu'à son mariage à Kastoria, c'est-à-dire dans une région notoirement et nettement palustre malgré l'altitude, où nous avons constaté personnellement la présence d'anophèles, et où la plupart des maisons sont construites au bord d'un lac marécageux. Elle fait depuis plusieurs années des accès de fièvre irrégulière s'accompagnant de crises de diarrhée et d'épistaxis, accès qui, tout en n'oubliant pas que la malade est une tuberculeuse au début, ne présentant d'ailleurs au moment de notre examen aucun signe certain d'entérite chronique, peuvent légitimement être mis sur le compte d'accès palustres avec troubles congestifs et gastro-intestinaux passagers. Enfin, elle a une matité de la région splénique étendue, sa rate est dure et douloureuse, probablement par péricapnite. En tenant compte de l'évolution ultérieure de la maladie, nous pouvons écarter le diagnostic de dothientérie ; d'autre part, si son foie est douloureux à la palpation et un peu gros, l'absence d'ictère nous permet de laisser de côté l'idée d'une cirrhose de Hanot au début ; de même, le fait que nous ne trouvons ni ascite ni réseau veineux sous-cutané abdominal nous empêche de songer aux diverses

splénomégalias accompagnant les hépatites. Notre malade est tuberculeuse, mais la rate tuberculeuse présente le plus ordinairement des bosselures que nous ne constatons pas ici, et le foie est en ce cas plus congestionné et plus volumineux. Un certain doute subsiste cependant, relatif à une maladie de Banti, et plus simplement à un état lymphadénique de telle ou telle variété (notons que notre malade ne présentait aucune hypertrophie ganglionnaire). Mais nous croyons que la réalité est plus simple, et qu'il s'agit d'une paludéenne ancienne, non traitée, ayant déjà un léger degré de cachexie, et venant de faire un accès fébrile irrégulier, comme tendant de plus à nous le faire admettre des traces d'herpès labial. En l'absence de tout érythème, de toute lésion cutanée, nous ne mentionnons que pour mémoire l'hypothèse d'une affection qui existe à l'état sporadique en Grèce et qui s'accompagne comme on sait de confusion mentale avec dépression mélancolique, nous voulons dire la pellagre.

Notre observation est intitulée *confusion mentale asthénique*. Les commémoratifs nous renseignent sur ce point nettement quoique brièvement : la malade n'a jamais été dans un état analogue ; et si peu observateur que nous jugions son mari, les troubles mentaux qu'elle présente actuellement sont assez frappants pour avoir attiré son attention s'ils avaient existé précédemment. Nous pouvons donc écarter l'idée d'une psychose antérieure. Mais ne pourrait-il s'agir d'un *état mélancolique*? Nous ne

pensons pas en faisant cette hypothèse à la mélancolie aiguë classique, car notre malade ne présentait, pour ne rappeler que les symptômes les plus importants, ni troubles de la sensibilité externe et surtout interne, ni anxiété, ni délire, ni stupeur proprement dite ; mais nous voulons signifier la *mélancolie avec conscience, subaiguë*. Nous savons que cette forme atténuée présente en effet des symptômes dont nous pourrions retrouver quelques-uns chez notre malade. Cependant, les troubles de la cénesthésie propres à toute mélancolie, et aussi les idées fixes ou obsédantes basées sur des préoccupations malades qui sont ordinaires dans la mélancolie avec conscience n'existaient pas chez elle. Nous croyons donc pouvoir maintenir notre diagnostic de confusion mentale asthénique apparue au déclin d'un accès fébrile dû à l'action des hématozoaires.

Un mois après le début de ses troubles mentaux, la malade conservait encore avec de la céphalée et de l'insomnie un affaiblissement intellectuel marqué et des troubles de l'attention et surtout de la mémoire des plus évidents ; son paludisme et sa tuberculose au début constituent des raisons suffisantes qu'elle continue à faire des troubles mentaux, et sous l'influence de chocs infectieux répétés, pour qu'elle verse finalement, dans un avenir plus ou moins rapproché, dans la confusion mentale chronique ou dans la démence simple.

Quel *traitement* convenait-il de lui appliquer ? Nous croyons qu'ici, en raison de l'anémie pronon-

cée et des autres signes de cachexie commençante, il y aurait eu intérêt à adjoindre au *traitement quinique* habituel un traitement par l'*arsenic*, et nous aurions employé le cacodylate de soude en injections sous-cutanées, en allant progressivement jusqu'à la dose forte de 20 centigrammes par jour. L'état mental nécessitait surtout un *traitement moral*.

Il s'agit de notre observation VII, d'un cas comparable à celui de l'observation III ; des deux côtés nous sommes en effet en présence d'accès fébriles s'accompagnant de délire exclusivement nocturne, de courte durée, avec hallucinations surtout auditives ; mais tandis que le Serbe S... (obs. III) a toujours conservé un état général assez bon et ne manifestait aucun trouble mental pendant la journée, le russe H... (obs. VII) offrait des symptômes beaucoup plus nets d'infection générale, et surtout des signes évidents de confusion mentale en dehors de ses périodes de délire proprement dit.

Notre malade fait depuis plusieurs années des accès de fièvre irréguliers ; il présente des troubles gastro-intestinaux ; sa rate est grosse et la région splénique est douloureuse ; enfin, l'examen du sang nous indique, outre la présence de *Plasmodium vivax*, une mononucléose nette en même temps qu'une diminution certaine des polynucléaires et une diminution des lymphocytes marquées ; l'anémie est évidente ; nous pouvons donc, même en l'absence de périodicité des phénomènes fébriles, conclure à

l'existence d'un paludisme d'intensité moyenne.

Son délire est-il dû à cette cause infectieuse, ou bien faut-il faire intervenir de plus une cause toxique, et la plus habituelle, c'est à-dire *l'alcool* ? Il a un teint subictérique, et son foie est un peu gros, mais cependant les commémoratifs et l'évolution ultérieure ne nous indiquent pas de signes nets d'une cirrhose hypertrophique (quoique les urines soient surcolorées, le foie non douloureux et peu hypertrophié, et la teinte subictérique mais non bronzée de la peau ne nous orientent pas vers une cirrhose pigmentaire). Il a un léger tremblement des extrémités, continu, exagéré par les mouvements volontaires, mais ce tremblement ne se retrouve pas au niveau des lèvres et de la langue ; les réflexes tendineux sont normaux, et il n'y a aucun trouble de la sensibilité ; enfin, les troubles gastro-intestinaux que présente notre malade ne comportent pas de pituite.

D'autre part, au point de vue mental, les mêmes raisons qui nous ont fait écarter l'alcoolisme chez le malade de notre observation III se répètent ici : les symptômes physiques ne sont pas ceux du *délirium tremens* ; il y a un délire nocturne hallucinatoire, mais ces hallucinations sont surtout auditives et non visuelles, et elles n'ont aucun caractère terrifiant.

Ici encore, comme dans notre premier cas de délire onirique, manquent absolument les impulsions qui sont essentielles aux psychoses transitoires de *l'épilepsie larvée*.

Nous croyons donc qu'il s'agit d'un paludéen ancien, ayant fait à l'occasion d'un accès ou d'une série d'accès fébriles irréguliers un délire à forme onirique reposant sur un fond de torpeur cérébrale et d'obtusion intellectuelle qui a disparu ou du moins s'est atténué avec l'amélioration de l'état général, bref d'un cas de *confusion mentale délirante*.

Pour des raisons administratives, nous avons dû évacuer notre malade dès que son état général fut redevenu suffisant, et nous n'avons pu par conséquent le suivre autant qu'il l'aurait fallu au point de vue mental ; le cinquième jour après la disparition de son délire, il présentait encore, et ceci n'a rien qui doive nous surprendre, de la céphalée et de la somnolence, avec un affaiblissement intellectuel net ; nous estimons que sous l'action d'un traitement antipaludique suffisant, ces symptômes mentaux devaient disparaître sans laisser de trace appréciable ; le malade est naturellement exposé à de nouveaux accès fébriles, susceptibles de s'accompagner de phénomènes délirants.

Indépendamment des indications spéciales commandées par les troubles gastro-intestinaux et la rétention urinaire, pour lesquels nous avons donné respectivement du calomel et du lactose, nous avons fait à notre malade le traitement quinique habituel pour tout paludéen, en alternant la quinine par voie buccale avec les injections intra-musculaires ; aucun médicament antinerveux ne nous a semblé indispensable.

CHAPITRE III

Nous devons à présent coordonner les quelques données générales que l'on peut essayer de dégager de nos observations.

Sur sept de nos cas de délires, six ont été contrôlés par un examen du sang, et 3 fois nous avons pu y joindre la formule leucocytaire et la numération des hématies. Dans trois de ces cas, il s'agissait de *Plasmodium vivax*, c'est-à-dire de tierce bénigne, et dans deux autres de *Plasmodium falciparum* (tierce maligne). Ce fait n'a rien qui puisse nous étonner ; tous les auteurs qui se sont occupés d'examens de laboratoire à l'armée d'Orient sont d'accord sur ce point que l'agent de la fièvre quarte s'y est montré absolument exceptionnel (cf. Armand-Delille, Paisseus et Lemaire, in *Annales de Médecine*, tome V, n° 6, novembre-décembre 1917). Les deux cas où il s'agissait de *falciparum* ont été également ceux où les phénomènes délirants ont atteint le plus haut degré de gravité. Pour l'observation II, le résultat certain mais imprécis de l'examen du sang ne nous permet pas plus que la marche de la température

d'affirmer à quelle variété de paludisme nous avons affaire.

La concordance entre la poussée fébrile et le délire a été variable, très nette dans trois cas, beaucoup moins dans les autres. Dans notre observation III, il y a eu simultanément périodicité de la température et périodicité des troubles mentaux.

Sans vouloir attacher une importance exagérée à la distinction entre paludisme aigu et paludisme chronique, notons que 3 de nos cas (I, II et V) peuvent être considérés comme du paludisme récent ; les 4 autres concernent des paludéens anciens, ayant fait des accès de fièvre suspecte depuis plusieurs années, pour les observations III, VI et VII, le cas n° 4 ne pouvant être considéré lui-même comme du paludisme de première invasion de ces cas de paludisme récent, les deux premiers ont fait des délires légers et passagers, le troisième (obs. V) au contraire un délire très grave.

Les phénomènes généraux se sont montrés variables, presque insignifiants dans 3 cas, sérieux dans 3 autres, graves avec terminaison fatale dans un seul (obs. V).

Appareil respiratoire : Deux cas de tuberculose pulmonaire au début (obs. III et VI).

Tube digestif et abdomen : Les troubles digestifs ont été constants ; 6 de nos malades sur 7 présentaient de la constipation.

Foie : Trois fois le foie était augmenté de volume

et dans l'observation VI il était en même temps douloureux.

Rate : dans 5 de nos observations, nous avons noté une splénomégalie manifeste, avec douleur de la région splénique ; cette douleur était particulièrement vive chez notre malade de l'observation V.

Appareil urinaire : 3 de nos malades ont présenté une oligurie très nette allant jusqu'à la rétention dans un cas (ob. V.) Les urines contenaient deux fois un peu d'albumine ; aucune glycosurie. Dans les observations IV et VII, l'amélioration générale et mentale a débuté au moment de la sécrétion normale.

Système nerveux : La céphalée et l'insomnie ont été notées dans toutes nos observations ; ces symptômes se sont montrés particulièrement persistants.

Pas de photophobie, sauf pour le malade de l'observation V, qui présentait des signes méningés au complet. Le cas n° 4 offrait un strabisme convergent assez marqué, dont nous n'avons pu trouver l'origine.

Les malades des observations V et VII présentaient un tremblement léger des extrémités, nous n'avons constaté aucune trémulation des lèvres ni de la langue.

Etat mental. — Tous nos malades, sauf celui de l'observation V, chez lequel les troubles de la mémoire et de l'attention étaient impossibles à vérifier, ont présenté une amnésie de fixation des plus nettes, et, du moins pour ceux que nous avons pu suivre assez longtemps, assez persistante ; un seul par contre

(obs. IV) nous a semblé faire une amnésie générale (de fixation et d'évocation).

L'attention est restée longtemps très lente à éveiller et très difficile à fixer dans deux cas (obs. VI et VII).

Tous nos malades sauf un (obs. VI) ont présenté des hallucinations, soit auditives, soit visuelles. Chez les malades des observations I et V, ces hallucinations ont pris un caractère terrifiant; ces deux mêmes malades semblent avoir présenté des illusions visuelles.

Aucun de nos malades, sauf celui de l'observation V, ne semble avoir fait d'anxiété nette.

Les troubles de l'activité ont été variables, allant de l'excitation motrice aiguë à la torpeur et à la dépression. De même pour les modifications de la mimique et de la gesticulation.

Un de nos malades a fait une ébauche de fugue (obs. III). Dans deux cas, le délire a été exclusivement nocturne.

Le *diagnostic* ne pouvait être basé sur aucun signe particulier mettant le délire à part des autres délires toxiques ou infectieux; la clef de ce diagnostic est en somme dans l'examen du sang. Nos observations confirment tous les travaux précédents sur ce point que le diagnostic différentiel le plus délicat est celui de psychose alcoolique. Dans deux cas, il y avait d'autre part à poser celui de psychose épileptique.

Le *pronostic* ne doit pas être à notre avis considéré dans l'ensemble comme favorable, étant donné qu'il

s'agit d'une infection chronique, et que l'on doit craindre que la répétition des chocs infectieux ne finisse par amener des troubles mentaux également chroniques, ou tout au moins en favoriser l'établissement sur un terrain plus ou moins prédisposé.

Le *traitement* doit à notre avis être avant tout un traitement général, et puisqu'il s'agit de paludisme, la quinine doit en être la base. Mais nous ne croyons pas que dans la majorité des cas ce traitement doive être particulièrement intense parce que le paludisme s'accompagne de délire, ni qu'il faille préférer systématiquement une voie d'introduction à une autre. Ce traitement doit être suffisamment prolongé, surveillé, et il sera très souvent utile d'y adjoindre un traitement arsenical.

La *prophylaxie* des délires au cours du paludisme n'existe pas par elle-même et se confond avec celle de cette infection en général.

CONCLUSIONS

Dans ce travail nous avons simplement voulu, en publiant nos observations personnelles, et en les commentant brièvement, montrer quelles difficultés de diagnostic et par suite de thérapeutique se présentent pour le praticien non spécialisé en psychiatrie quand il se trouve en face d'un malade paludéen délirant.

Nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° La division classique du paludisme en aigu et chronique n'influe pas sur la forme des états délirants que l'on peut rencontrer au cours de cette infection, ni sur leur gravité ;

2° Les accès délirants palustres offrent au premier abord des formes assez dissemblables, mais reposent toujours sur un fond de confusion mentale plus ou moins nette, comme les autres délires infectieux, et suivis le plus habituellement d'amnésie de fixation ils ne s'accompagnent pas toujours de phénomènes fébriles, et peuvent être exclusivement nocturnes ; enfin, il n'indiquent pas forcément un paludisme

grave ; le pronostic au point de vue mental reste variable ;

3° En présence d'un malade délirant chez lequel les commémoratifs permettent de soupçonner une infection palustre récente ou ancienne, il faut sans plus attendre procéder à la recherche des hématozoaires dans le sang du malade ;

4° Lorsque chez un délirant le diagnostic microscopique de paludisme est certain, il faut avant tout donner de la quinine, les autres médications, même la médication antinerveuse, passant au second plan ;

5° La quinine doit être administrée aux paludéens délirants aux doses et suivant la forme d'introduction appropriées au plus ou moins de gravité de l'état général du malade. L'état de délire ne commande pas à ce point de vue d'indication particulière.

6° La prophylaxie des délires d'origine palustre n'a rien de spécial et se confond avec celle de l'infection elle-même.

Vu : le Président de la thèse,

CH. ACHARD

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4720-20
